

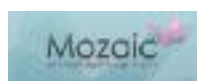


LONDON  
SCHOOL of  
HYGIENE  
& TROPICAL  
MEDICINE



# Gezondheidszorg respons op huiselijk geweld:

**Veelbelovende interventies voor de eerstelijnsgezondheidszorg  
en verloskundige zorg in Europa**





## **Wat is er bekend?**

Huiselijk geweld (HG) tegen vrouwen komt vaak voor, is verborgen en heeft belangrijke gevolgen voor de gezondheid en de financiële implicaties. Instellingen voor eerstelijnsgezondheidszorg en verloskundige zorg zijn bij voorkeur plaatsen voor interventies ten behoeve van bewustmaking, het betrekken van gezondheidszorgprofessionals bij training en identificatie van slachtoffers van HG, en het ontwikkelen van zorgtrajecten.

Internationaal worden meer HG-interventies binnen de gezondheidszorg ontwikkeld en geëvalueerd. Dergelijke interventies zijn complex, impliceren vaak verandering op verschillende niveaus en samenwerkingsverbanden tussen organisaties met zeer uiteenlopende visies, gezagsstructuren en werkprocedures. De context varieert enorm met betrekking tot het wettelijk kader en de politieke agenda van elk land, de organisatie en het verstrekken van gezondheidszorg, de aanwezigheid en macht van organisaties van slachtoffers van huiselijk geweld, de beschikbaarheid van gemeenschappelijke middelen en gespecialiseerde HG-organisaties en inherente culturele verschillen.

## **Welke lacunes zijn er?**

Er is nauwelijks literatuur over de dienstverlening en er zijn weinig studies die de onderliggende programmatheorieën verduidelijken.

Beleidsmakers, financiers en besluitvormers in de gezondheidszorg moeten niet alleen weten of een interventie werkt, maar ook wanneer, waarom en hoe ze werkt. Contextuele kenmerken kunnen helpen verklaren waarom interventies slagen of mislukken.

## **Het Daphneproject**

Deze studie trekt lessen uit een reeks veelbelovende interventiemodellen in zeven Europese landen: het Verenigd Koninkrijk, Finland, Nederland, Spanje, Duitsland, België en Servië. De belangrijkste bevindingen zijn gebaseerd op: (i) de gegevens van 82 onderzoeken betreffende 81 interventies in die landen, verspreid over brede geografische gebieden, meerdere gezondheidszorginstellingen en disciplines van gezondheidsprofessionals; (ii) casestudy's aan de hand van interviews met 37 stafmedewerkers van de interventies in 6 landen; (iii) en een tweedaagse workshop met de partners van alle landen.

## Voorbeelden van interventiemodellen in Europa



### Verenigd Koninkrijk

Het MOZAIC Women's Well Being Project (Project voor het Welzijn van Vrouwen) is een samenwerkingsverband tussen de afdelingen verloskundige zorg- en seksuele gezondheid van de Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Hospital Trust en het 170 Community Project, een niet-gouvernementele organisatie in Zuidoost-Londen. Het project gebruikt een 'laagdrempelige' benadering waarbij in het ziekenhuis gevestigde Independent DV Advocates (IDVA-Onafhankelijke belangenbehartigers inzake Huiselijk Geweld) vrouwen begeleiden, gezondheidsprofessionals opleiden en juridische hulp bieden op beleidsniveau om de samenwerking tussen de lokale gemeenschap en het ziekenhuis te versterken.



### Finland

Als onderdeel van een nationaal initiatief gesubsidieerd door het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken, kregen verpleegkundigen in klinieken voor verloskundige zorg en kinderverloskundigen onderwijs over HG, in combinatie met routinematige onderzoek met een screeningformulier. Er zijn zorgtrajecten met doorverwijzing naar andere gezondheidszorgprofessionals in de gezondheidscentra (bv. therapeuten, maatschappelijk werkers en huisartsen) en maatschappelijke HG-organisaties. De richtlijnen voor gezondheidszorgprofessionals in de verloskundige zorg en kindergezondheidszorg worden sinds 2004 gepubliceerd; de laatste versie dateert van 2011. Het Regional State Administrative Agency van Zuid-Finland heeft een standaardformulier ontwikkeld dat ook in elektronische vorm beschikbaar is, voor de beoordeling van patiënten die in gezondheidscentra en ziekenhuizen worden opgenomen met lichamelijke letsels als gevolg van misbruik (PAKE).



### Nederland

MeMoSA (Mentor Moeders voor Steun en Advies) vindt plaats in huisartsenpraktijken in Rotterdam en Nijmegen. Huisartsen krijgen HG-training door een gevestigde trainerspool. Er wordt een laagdrempelige benadering gebruikt waarbij vrouwen die slachtoffer zijn van HG worden doorverwezen naar mentormoeders, semiprofessionals die werden opgeleid om moeders met thuiswonende kinderen jonger dan 18 jaar te begeleiden. Deze interventie is kortdurend, vindt plaats in een vroeg stadium en richt zich op vier domeinen: het stoppen/verminderen van geweld; kinderen die getuige zijn van geweld; omgaan met depressieve klachten; en het verbeteren van het sociale netwerk van vrouwen en verminderen van isolement. In Nijmegen worden de mentoren opgeleid en wekelijks gecoacht door HERA, de grootste gespecialiseerde HG-organisatie in de provincie met een netwerk van opvangplaatsen.



### Spanje

Onder de Spaanse Overkoepelende Wet 1/2004 zijn de regeringen van de 17 autonome provincies verplicht om binnen de gezondheidszorg geweld tussen mannen en vrouwen aan te pakken. Door de autonome overheid van Castilië en León wordt een 'top-down' benadering toegepast voor de implementatie van het Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence (Gemeenschappelijk Protocol voor de Gezondheidszorg respons op Partnergeweld). Men richtte zich aanvankelijk op managementteams in de eerstelijnsgezondheidszorg en ziekenhuizen voor bewustmakingsactiviteiten. Er werd een multidisciplinair team van 35 professionals opgeleid om trapsgewijs teams te trainen in de eerstelijnsgezondheidszorg, de spoedeisende hulp, de verloskunde en ondersteunend personeel zoals receptionisten en administratieve krachten. Gezondheidsprofessionals maken gebruik van hun bestaande netwerken met maatschappelijk werkers, de politie, opvangthuizen en andere gezondheidszorgprofessionals om vrouwelijke slachtoffers van HG te begeleiden. De autonome provincies moeten ook alle verklaringen van HG, samen met andere gegevens, in het gezondheidszorginformatiesysteem registreren. De gegevens worden bij het Ministerie van Gezondheid en Sociaal Beleid ingediend en jaarlijks worden de epidemiologische gegevens met betrekking tot partnergeweld en trainingsactiviteiten gepubliceerd.



### Duitsland

Van de vele initiatieven in Duitsland met betrekking tot de aanpak van HG in de eerstelijnsgezondheidszorg, richtte de studie zich op het nationale pilotproject MIGG (Medische Interventie Tegen Geweld) gesubsidieerd door het Federaal Ministerie voor Gezin, Senioren, Vrouwen en Jeugd (2008-2011). MIGG is het eerste systematische project om de gezondheidszorg van slachtoffers van HG in de primaire zorg te verbeteren. Het werd in 5 steden ontwikkeld en geëvalueerd. Partners van het MIGG zijn ondermeer het Instituut voor Forensische Geneeskunde van de Universiteit van Düsseldorf, SIGNAL e.V. en Gesine (een netwerk voor interventies van de gezondheidszorg tegen HG). Zowel SIGNAL e.V. en Gesine zijn niet-gouvernementele organisaties die nauw samenwerken met gezondheidsprofessionals uit de primaire zorg. De organisatie biedt een HG-interventieprogramma, HG-training, en ontwikkelt materialen zoals posters, brochures en documentatie over misbruik. Na de training bieden ze versterkende en ondersteunende activiteiten met multidisciplinaire bijeenkomsten, jaarlijkse congressen, kwaliteitscirkels van huisartsen en tweejaarlijkse "train de trainer"-bijeenkomsten. Die bieden een forum voor het uitwisselen van 'good practices' en onderzoek, casusbesprekingen en verdere training. Aandacht, Erkenning, Actie is een interventie m.b.t. huiselijk geweld gevestigd in het Departement Psychotherapie en Psychosomatiek van het Universitair Ziekenhuis in Dresden. Er wordt training gegeven aan het personeel in het ziekenhuis en aan professionals uit de eerste lijn zorgverlening. Indien nodig wordt er doorverwezen naar andere gezondheidsprofessionals en organisaties voor huiselijk geweld.



### België, Vlaanderen

Er zijn een aantal vernieuwende initiatieven in België. Domus Medica, een professionele organisatie voor Vlaamse huisartsen, geeft basistrainingen en trainingen voor gevorderden over HG aan huisartsen. De organisatie wordt gesubsidieerd door de Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Ze werkt hiervoor samen met maatschappelijk werkers van de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (ook bekend als CAW). CAW's bieden sociale hulp in de eerste lijn en 13 van de 26 CAW's kregen subsidies van het Vlaams Ministerie voor Welzijn om het HG-beleid en training over HG te ontwikkelen. De interventie bevordert de verwijzing naar de sociale hulpverlening, maar wil ook een ondersteunend multiprofessioneel netwerk voor huisartsen tot stand brengen. Kind en Gezin (de Vlaamse instelling voor hulp en advies over welzijn van kinderen) geeft HG-training aan verpleegkundigen die werken met kinderen van 0 tot 3 jaar. Het MOM (Difficult Moments and Feelings) gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RCT) zal informatie over de doorverwijzing van zwangere vrouwen die het slachtoffer zijn van HG vergelijken met de standaard zorgverlening. De studie rekruteert deelnemers op verschillende plaatsen in Vlaanderen en wordt gecoördineerd door het Universitair Ziekenhuis Gent.



### Servië

Het Women's Health Promotion Centre (WHPC) is een niet-gouvernementele organisatie opgericht in 1993 die werkt aan de gevolgen van partnergeweld voor de gezondheid. WHPC stelt educatieve programma's over HG samen voor beginners en gevorderden, voor gezondheidsprofessionals en gouvernementele en niet-gouvernementele organisaties. Ze voert ook lokaal en internationaal onderzoek uit, ontwikkelt informatiebronnen over gezondheid, en organiseert een reeks initiatieven op het vlak van belangenbehartiging en dienstverlening voor slachtoffers. WHPC was een van de auteurs van het nationale protocol inzake de bescherming van vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld, en ontwikkelde in 2008 de enige bestaande handleiding voor zorgverleners met betrekking tot het herkennen van de signalen van partnergeweld en het behandelen van vrouwelijke slachtoffers. In 2011 ontwikkelde het WHPC een softwarepakket voor gezondheidsprofessionals om huiselijk geweld en de gevolgen ervan voor de gezondheid te documenteren en een strenger toezicht op de interventieactiviteiten mogelijk te maken. Na de piloottesten zal het systeem deel uitmaken van het elektronisch informatiesysteem voor medische problemen.

## Belangrijkste bevindingen over wat goed werkt

**Betrokken leiderschap en organische groei vanaf het begin** zijn essentieel om een 'HG-bewust' systeem tot stand te brengen en te behouden. Betrokken ervaren artsen sensibiliseren collega's in hun rol ten aanzien van identificatie en ondersteuning van patiënten die het slachtoffer zijn van HG en pakken weerstanden binnen de organisatie aan. Ze hebben ook een belangrijke netwerkfunctie met lokale organisaties, multidisciplinaire forums, bevorderen en ondersteunen het eigenaarschap en duurzaamheid van een interventie die tot ontplooiing komt.

**Leidende rollen:** Bij sommige casestudy's werd melding gemaakt van gesubsidieerde en/of formeel erkende leidende rollen. Bij het Engels MOZAIC Women's Well Being Project heeft de Hospital Trust een leidinggevende voor HG en bescherming van volwassenen aangesteld. In België hebben de Centra voor Algemeen Welzijnswerk subsidies van de Gemeenschappelijke regering gekregen om een leidinggevende functie in maatschappelijk werk voor HG te ontwikkelen. In Duitsland hebben verpleegkundigen van afdelingen in Charité Ziekenhuizen, als onderdeel van de SIGNAL-interventie, met de steun van de Bestuurlijke organisatie voor verpleegkunde, een werkgroep HG opgericht. Er werd melding gemaakt van informele leidende rollen van medici en steun van collega's bij de casestudy's in Nederland (huisartsen) en Finland (verpleegkundigen en ziekenhuismanagers). In Servië werden rondetafelgesprekken gehouden met de managementteams van gezondheidscentra om hun medewerking te verkrijgen bij het implementeren van het Speciaal Protocol inzake de Bescherming van Vrouwelijke Slachtoffers van Partnergeweld.

**Regelmatige training met feedbackmechanismen** helpt een cultuur van continu leren tot stand te brengen. Na de initiële training moeten gezondheidsprofessionals hun vaardigheden oefenen, nadenken en feedback krijgen over hun ervaringen in de omgang met vrouwen die het slachtoffer zijn van HG. In alle landen waren versterkende activiteiten en ondersteuning na de training een belangrijk thema.

**Feedback en leren:** Gezondheidszorgprofessionals hebben een geformaliseerde samenwerking en directe doorverwijzing naar belangenbehartigers en mentormoeders die feedback geven over individuele gevallen (VK, MOZAIC en Nederland, MeMoSA). De belangenbehartigers van MOZAIC hebben ook beperkte toegang tot het elektronische zwangerschapsboekje van vrouwen en kunnen vroedvrouwen en dokters er op wijzen dat de vrouw hulp krijgt van hen en dat het niet veilig kan zijn om haar van de postnatale of prenatale afdeling te ontslaan. De trainer van MOZAIC maakt gebruik van de evaluatiegegevens en 'best practices' van de trainingssessies. In België (Domus Medica & CAW) zijn er intervisiegroepen aan het werk en in Duitsland (SIGNAL e.V. & Gesine) ontmoeten gezondheidszorgprofessionals en vertegenwoordigers van lokale organisaties elkaar op jaarlijkse congressen en kwaliteitskringen. Die worden gebruikt voor het uitwisselen van onderzoek en ervaringen met complexe gevallen, het verbinden van gemeenschapsorganisaties en aanvullende training. In Spanje en België krijgen netwerken van trainers subsidies van lokale of federale instanties om gezondheidsprofessionals te ondersteunen door het delen van middelen. Ze worden gecoördineerd op staatsniveau om te beslissen over de kwaliteit van de training en evaluatie.

**Stimuleringsregelingen en flexibele trainingsprogramma's** zijn nodig om gezondheidszorgprofessionals te motiveren de training bij te wonen, vooral in de context waar zij alleen werken en/of worden betaald per prestatie.

**Verplichten/motiveren van training:** In België en Duitsland, waar huisartsen meestal alleen werken, wordt training buiten de kantooruren gegeven (d.w.z. 's avonds en in het weekend). In Nederland stappen huisartsen in hoog tempo over naar groepspraktijken. Huisartsen hebben jaarlijks 40 nascholingspunten nodig om hun registratie te behouden en kunnen punten verzamelen door middel van HG-training. In Servië moeten primaire zorgverleners 24 punten per jaar behalen om hun medische licentie te behouden en ontvangen ze 6 punten voor HG-training. In Spanje worden gezondheidsprofessionals die cursussen voor trainers willen volgen, vrijgesteld van hun werk en krijgen zij een onkostenvergoeding. In het VK moeten vroedvrouwen elk jaar een bepaald aantal studiedagen bijwonen om hun registratie te behouden. In de MOZAIC-interventie wordt HG als een studiedag aangeboden.

**Een pool van lokale trainers tot stand brengen** met gezondheidszorgprofessionals is een manier om de duurzaamheid van de interventie te waarborgen. Maar de cursussen moeten regelmatig werven om een voldoende aantal trainers te behouden.

**Training ondersteunen:** In België organiseert Domus Medica bijeenkomsten voor huisartsen en maatschappelijk werkers van de CAW's die aan cursussen voor trainers hebben deelgenomen. In Duitsland beschikt SIGNAL e.V. over subsidies om jaarlijkse bijeenkomsten met hun "train de trainer"-pool te



organiseren. In Nederland heeft de MeMoSA-interventie in Nijmegen een trainingspool gecreëerd om de continuïteit van de training te verzekeren. In Spanje heeft een multidisciplinair trainingsteam van 35 professionals in de autonome provincie van Castilla y León training gegeven aan gezondheidsprofessionals. Van de 81 interventies beschreven in het onderzoek zijn er 37 die een “train de trainer”-component vermelden.

**Duidelijke doorverwijzingstrajecten en multidisciplinaire samenwerking** zijn een noodzakelijke stap bij elke HG-interventie. Gezondheidszorgprofessionals moeten weten hoe ze moeten doorverwijzen naar organisaties die vrouwen en kinderen die het slachtoffer zijn van HG begeleiden. Er moeten interventies vanuit een multidisciplinaire context worden ontwikkeld om een consensus te bereiken over kwesties zoals functies en verantwoordelijkheden, delen van informatie, vertrouwelijkheid en omgaan met hoog risicogevallen.

**Veilige doorverwijzingstrajecten: In sommige landen, zoals het VK en Duitsland, is multidisciplinaire samenwerking goed ingeburgerd en geformaliseerd. Maar het gebruik van overlegsituaties zoals de Multi Agency Risk Assessment Conferences (MARAC's) met betrekking tot het omgaan met hoog risicogevallen werd alleen in de Engelse casestudy en onderzoeken beschreven. In het VK (MOZAIC), in Nederland (MeMoSA) en België (Domus Medica/CAW) zorgen de belangenbehartigers, mentormoeders en maatschappelijk werkers van de CAW's voor de samenwerking met maatschappelijke organisaties. Zorgtrajecten worden in toenemende mate tussen de sectoren geharmoniseerd. In Spanje, Finland en bij een aantal interventies in Duitsland werken gezondheidszorgprofessionals nauw met elkaar samen en met maatschappelijke organisaties om vrouwen te begeleiden.**

**Inbreng en verantwoordelijkheid van slachtoffers** moeten deel uitmaken van de initiële ontwikkeling van de interventie en voortduren naarmate de interventie evolueert. Hoewel dit niet zo gebruikelijk was, waren er enkele goede praktijkvoorbeelden bij de casestudy-interventies.

**Luisteren naar slachtoffers: In het VK werd in 2011 MOZAIC VOICES, een groep van slachtoffers, opgericht vanuit het Lagerhuis. De voorzitter en leden zijn uitsluitend huidige en voormalige cliënten. Als een geregistreerde liefdadigheidsinstelling houdt de groep zich bezig met fondsenwerving en bewustmakingsactiviteiten en wordt geraadpleegd voor beslissingen met betrekking tot de dienstverlening en het onderzoek. In Nederland worden alle vrouwen die naar MeMoSA worden doorverwezen bij hun vertrek geïnterviewd. Dat biedt inzichten die bij de interventie terugkeren. De deelnemers aan de workshop benadrukten de noodzaak voor interventies afgestemd op de behoeften van vrouwen.**

**Het documenteren van het implementatieproces van de interventie** door middel van formele evaluatie is noodzakelijk om de invloed van contextuele factoren te

begrijpen en om te bepalen welke praktijken goed werken, welke problemen zich voordoen, welke oplossingen werden getest en welke veranderingen aan het model werden aangebracht. Een mechanisme om feedback hierover te leveren aan gezondheidsprofessionals is vereist. **Impactevaluatie** is ook noodzakelijk om de voordelen en potentiële schade van de interventie aan te tonen. De resultaten moeten de theorie van het onderliggende programma weerspiegelen vanwege het feit dat vroege interventies kwalitatief verschillende resultaten kunnen hebben in vergelijking tot die met voortdurende belangenbehartiging en risico-evaluatie. Zonder evaluatie of monitoren is het uiterst moeilijk om financiers te overtuigen in de interventie te investeren.

**Evaluatie en toezicht: Iets minder dan de helft van de 81 interventies in de analytische onderzoeken vermeldde de aanwezigheid van formeel onderzoek of strenge controleactiviteiten. Bij alle casestudy-interventies was een onderzoekscomponent opgenomen.**



## Gemeenschappelijke uitdagingen

Ondanks de diversiteit in context van de casestudy-interventies, beschreven de deelnemers allemaal vergelijkbare continue uitdagingen, waaronder: moeilijkheden om gezondheidszorgprofessionals te motiveren een training bij te wonen (vooral waar huisartsen alleen werken en per prestatie worden betaald); een gebrek aan gefinancierd en ondersteund leiderschap binnen de gezondheidszorg, essentieel voor het implementeren en ondersteunen van de interventie; de noodzaak voor gecoördineerde en gesubsidieerde multidisciplinaire werkgroepen; een gebrek aan financiële middelen voor trainings- en versterkingsactiviteiten; een gebrek aan financiële middelen voor onderzoek en evaluatie; en de terughoudendheid van sommige gezondheidszorgprofessionals bij het herkennen van HG.

### 'Best practice' aanbevelingen

- Medische leiderschapsfuncties zijn nodig in alle stadia, vanaf de start van het innovatieproces tot en met het ondersteunen van de interventie. Dit moet geformaliseerd worden door taakomschrijvingen van hun functies en verantwoordelijkheden, ondersteund worden door gezondheidszorgmanagement en op permanente basis worden gefinancierd om de teloorgang van de interventie te voorkomen.
- HG-training moet deel uitmaken van alle medische curricula, vervolopleidingen en de nascholing van gezondheidszorgprofessionals. De training moet op regelmatige basis worden gegeven om er voor te zorgen dat alle gezondheidszorgprofessionals betrokken worden.
- Herhaling- en vervolptraining, feedbackmechanismen en ondersteuning voor gezondheidszorgprofessionals na de training zijn nodig om een 'HG-bewuste' cultuur te behouden en duurzame veranderingen in de praktijk te bewerkstelligen.
- Om gezondheidszorgprofessionals te motiveren aan trainingsactiviteiten deel te nemen is er een mix van stimuleringsmaatregelen nodig, zoals accreditatie, bijdrage van punten aan de medische licentie, onkostenvergoeding, en het aanbieden van training tijdens en waar nodig, buiten de werkuren.
- Training in praktische en communicatieve vaardigheden bij het herkennen van de signalen van HG moet na de eerste sessie worden voortgezet. Gezondheidszorgprofessionals moeten hun vaardigheden in reële klinische situaties kunnen oefenen en feedback en ondersteuning ontvangen.
- Er moeten subsidies worden verstrekt aan NGO's die een leidende rol spelen in het samenstellen en geven van trainingsprogramma's, coördineren van ondersteuning na de training en het rechtstreeks begeleiden van vrouwen.
- Mogelijkheden voor het ontwikkelen van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kunnen worden gerealiseerd door maatschappelijke organisaties bij de training van gezondheidszorgprofessionals te betrekken, wat het voor alle betrokkenen mogelijk maakt om elkaars rol bij het begeleiden van gezinnen die het slachtoffer zijn geworden van HG beter te begrijpen.
- Interventies moeten worden afgestemd op de individuele behoeften van vrouwen. Sommige vrouwen zullen intensieve steun en/of begeleiding van een belangenbehartiger nodig hebben, terwijl anderen voordeel zullen halen uit vroege interventies die hen helpen bij het ontwikkelen van een ondersteunend netwerk, het verminderen van isolement en het vergroten van hun veiligheidsgedrag.
- Onderzoek en evaluatie zijn essentieel om zowel het proces als de impact van de interventie aan te tonen. Interventies moeten mechanismen bevatten om het bewijs terug te koppelen naar gezondheidszorgprofessionals om hen te motiveren, eigenaarschap te creëren om zodoende duurzaamheid te garanderen.
- Toekomstige interventiestudies moeten nagaan hoe de resultaten voor de slachtoffers en hun kinderen kunnen worden gemeten, vooral voor kwetsbare groepen zoals oudere vrouwen, mensen met een lichamelijke handicap, met een visuele of auditieve beperking, met spraakproblemen, psychische stoornissen, een verstandelijke handicap, vluchtelingen of asielzoekers, gevangenen, slachtoffers van vrouwenhandel, en vrouwen met een drug- en/of alcoholprobleem. Gezondheidsdomeinen waarbij research inzake HG-interventie ontbreekt zijn: geestelijke gezondheid, spoedeisende hulp, voortplanting en seksuele gezondheid (waaronder abortus) en sociale dienstverlening.

### Dankbetuigingen

Gesteund door een subsidie van de Europese Unie in het kader van het Daphne III Programma 2007-2013 en medegefinancierd door het Finse Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid.

Dank aan de projectpartners voor hun inzet om dit tot een succes te maken en aan de vertalers en tolken voor het harde werk. Speciale dank gaat uit naar de deelnemers van het vragenlijstonderzoek en de case-study interviews die bereid waren om tijd vrij te maken en hun inzichten op basis van jarenlange expertise op het gebied van HG en gezondheid te delen.

**Weblink naar het volledige rapport is te vinden op de projectwebsite DIVERHSE (Domestic & Interpersonal Violence: Effecting Responses in the Health Sector in Europe – Huiselijk en interpersoonlijk geweld: respons van de gezondheidszorgsector in Europa)**

<http://diverhse.eu>  
<http://diverhse.org>

### Daphne Project Coördinator

Dr. Loraine J. Bacchus, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Gender Violence & Health Centre, Verenigd Koninkrijk

### Daphne Project Partners

Professor Susan Bewley, Kings Health Partners, Verenigd Koninkrijk  
Dr. Carmen Fernandez, Ministerie van Gezondheid van de autonome provincie Castilië en León, Spanje  
Mevr. Hildegard Hellbernd, SIGNAL, Duitsland  
Dr. Sylvie Lo Fo Wong, Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum, afdeling Eerstelijns geneeskunde / Gender & Women's Health, Nederland  
Dr. Stanislava Otasevic, Women's Health Promotion Centre, Servië  
Dr. Leo Pas, DOMUS MEDICA, België  
Mevr. Sirka Perttu, Universiteit Helsinki Palmenia Centrum voor Permanente Educatie, Finland  
Mevr. Tiina Savola, Universiteit Helsinki Palmenia Centrum voor Permanente Educatie, Finland

### Evaluator

Professor Gene Feder, University of Bristol